

## Patientenfragebogen

Ich fülle diesen Bogen aus, um meine grundsätzliche Bereitschaft auszudrücken, mich an wissenschaftlichen Untersuchungen zu beteiligen, die dem Fortschritt in der Diagnostik bzw. Behandlung von Problemen bei Patienten mit Diabetes mellitus dienen. Ich weiß, dass eine Teilnahme nur dann infrage kommt, wenn Projekte durchgeführt werden, zu denen mein Diabetestyp, das Stadium der Erkrankung, mein Geschlecht usw. passen. Selbstverständlich muss vor Beginn einer Untersuchung mit aktuellen Untersuchungsergebnissen überprüft werden, ob diese Voraussetzungen bestehen. Die Angaben dienen einer Vorauswahl.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße/Nr.: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon (Vorwahl/Rufnummer): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Telefax: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Ggf. E-Mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

### Mein Diabetestyp:

- Typ 1-Diabetes
- Typ 2-Diabetes
- anderer Diabetestyp (welcher?):
- es liegt kein Diabetes vor.

### Ich habe Diabetes mellitus seit dem Jahr:

### Meine Diabetes-Behandlung:

- Nur Ernährungsbehandlung
- Antidiabetische Tabletten (welche?):

- Insulin
  - eine Insulinspritze pro Tag
  - zwei Insulinspritzen pro Tag
  - drei, vier oder mehr Insulinspritzen pro Tag
  - Insulinpumpe
  - weitere Medikamente:

**Bei mir sind Folge- und Begleiterkrankungen eines Diabetes mellitus bekannt:**

- Augenhintergrund-Veränderungen (Retinopathie)
- Nervenschäden (Neuropathie)
- Nierenschaden (Nephropathie)
- Herzerkrankung (koronare Herzerkrankung)
- Durchblutungsstörungen (Beine, Gehirn)
- Hoher Blutdruck
- Erhöhte Blutfette
- Sonstige wesentliche Erkrankungen

- Ich könnte ambulant an einer Untersuchung des Diabeteszentrums teilnehmen
- Ich würde auch einige Tage stationär (d.h. schlafen/essen im Krankenhaus) an einer Untersuchung des Diabeteszentrum teilnehmen
- Ich habe folgende besonderen Wünsche:

Bitte geben Sie das ausgefüllte Formular in unserer Ambulanz (z.Hd. Frau Taute) ab oder senden Sie es per **Telefax** an **05524-81398**.

Ich bedanke mich im Namen des Diabeteszentrum Bad Lauterberg!  
Ihr

**Prof. Dr. med. Michael Nauck**  
**Diabeteszentrum Bad Lauterberg**  
**Kirchberg 21**  
**D-37431 Bad Lauterberg**  
**Tel. 05524-81218**